

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1895

THÈSE

N°

494

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 24 juillet 1895, à 1 heure

Par PAUL-FRANÇOIS-XAVIER MARREL

Né le 16 septembre 1862

LES PHOBIES
ESSAI SUR LA PSYCHOLOGIE PATHOLOGIQUE
DE LA PEUR

Président : M. JOFFROY, professeur.

*Juges : MM. { RECLUS, professeur.
 { BRISSAUD, LETULLE, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine 15

1895

494

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553824_0017

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 24 juillet 1895, à 1 heure

Par PAUL-FRANÇOIS-XAVIER MARREL

Né le 16 septembre 1862

LES PHOBIES

ESSAI SUR LA PSYCHOLOGIE PATHOLOGIQUE
DE LA PEUR

Président : M. JOFFROY, professeur.

Juges : MM. { RECLUS, professeur.
BRISSAUD, LETULLE, agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1895

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie.	CH. RICHEL.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	DIEULAFOY.
	DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.	CORNIL.
Histologie.	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.	TERRIER.
Pharmacologie.	POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale.	LANDOUZY.
Hygiène.	PROUST.
Médecine légale.	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LABOULBENE.
Pathologie comparée et expérimentale.	STRAUS.
	G. SEE.
Clinique médicale.	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	GRANCHER.
Maladie des enfants.	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux.	RAYMOND.
	TILLAUX.
Clinique chirurgicale.	BERGER.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires.	GUYON.
Clinique ophthalmologique.	PANAS.
Clinique d'accouchements.	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, PAJOT, REGNAULD, VERNEUIL.

Agrégés en exercice.

MM. ALBARRAN	MM. DELBET	MM. MARIE	MM. RICARD
ANDRE	FAUCONNIER	MAYGRIER	ROGER
BALLET	GAUCHER	MENETRIER	SCHWARTZ
BAR	GILBERT	NELATON	SEBILEAU
BRISAUD	GLEY	NETTER.	TUFFIER
BRUN	HEIM	POIRIER, chef	VARNIER
CHANTEMESSE	JALAGUIER	des travaux	VILLEJEAN
CHARRIN	LEJARS	anatomiques	WEISS
CHAUFFARD	LETULLE	QUENU	
DEJERINE	MARFAN	RETTERRER	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

LES PHOBIES

ESSAI SUR LA PSYCHOLOGIE PATHOLOGIQUE

DE LA PEUR

AVANT-PROPOS

Qu'il nous soit permis tout d'abord de remercier M. le Professeur Joffroy de la bienveillance avec laquelle il nous a accueilli et de l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse; nous lui en sommes doublement reconnaissant et nous avons mis à profit les excellents conseils qu'il nous a donnés.

Nous ne saurions non plus laisser passer l'occasion qui s'offre à nous de renouveler à notre chère famille nos sentiments d'affection et de reconnaissance. A celui qui n'est plus là, et qui a laissé dans notre cœur un souvenir ineffaçable, à notre père, nous dédions modeste travail; nous l'offrons aussi à ceux qui nous restent, et dont l'af-

fection nous est si précieuse, à notre mère et à notre grand'mère, à notre oncle Frédéric (comme nous l'appelions autrefois), à notre frère et à celle qui est devenue notre sœur : nous les prions d'accepter ce faible gage de notre profond dévouement.

Que nos maîtres de la Faculté et des hôpitaux de Paris reçoivent ici nos remerciements les plus sincères ; nous sommes aussi très obligé envers le Dr Bérillon, qui nous a toujours reçu à sa clinique avec une grande bienveillance. C'est lui qui a attiré notre attention sur la question des phobies.

Le sujet que nous nous proposons d'étudier n'a vraiment commencé à attirer l'attention qu'après la publication du mémoire de Westphal sur l'agoraphobie, en 1872 ; depuis lors les monographies se sont multipliées, presque exclusivement réservées à la peur des espaces ; parmi les plus importantes nous citerons celles de Cordes, de Legrand du Saulle (1877), et de Beard (1881). Celui-ci, de même que plus tard Levillain, Bouveret, Fèrè et bien d'autres (1), décrit un grand nombre de phobies, distinctes de l'agoraphobie.

Enfin le Dr Gélinau vient de leur consacrer un étude importante (1894). On le voit la question des phobies est toute nouvelle : il ne faut donc pas s'étonner si elle est encore remplie d'obscurités. Il n'existe pas, à notre connaissance, de classification des phobies : on se contente de les juxtaposer un peu au hasard. On est surtout loin de s'entendre sur leur étiologie, leur signification, leur patho-

1. Consulter l'index bibliographique.

génie. Nous avons donc pensé qu'il n'était peut-être pas inutile de contribuer pour notre part à l'étude de cette question si intéressante pour tous, pour le psychologue, pour le médecin, pour l'aliéniste, le syphiligraphe, le médecin légiste, et même pour le chirurgien et l'accoucheur, qui ont quelquefois l'occasion d'observer des prétendus cancers, de fausses grossesses, chez des phobiques.

Les peurs maladives, ou phobies, sont pour nous des états purement psychologiques. Leur étude rentre donc dans la psychologie pathologique; c'est à ce point de vue, le seul légitime, que nous nous placerons pour expliquer leur pathogénie. Nous pensons que le psychologue (disons-le une fois pour toutes) a le droit de négliger dans l'étude des états de conscience le processus physiologique qui leur correspond. Nous considérons comme démontré que à tout processus mental correspond un processus nerveux; il est donc assurément très intéressant de pouvoir constater quelle est la lésion cérébrale qui correspond à un trouble mental : mais cette constatation n'est possible que dans des cas rares et pour des phénomènes très généraux; elle est impossible, actuellement du moins, pour le détail des états de conscience tels que l'amour et la peur. De plus cette constatation serait-elle possible, que la psychologie ne perdrait pas ses droits, et qu'il y aurait toujours lieu d'étudier, en tant qu'état de conscience, ce qui d'autre part serait étudié par les physiologistes comme une fonction du système nerveux. Nous n'avons que faire de la métaphysique, et peu nous importe de savoir si l'état de cons-

science est la même chose qu'un mouvement cérébral : une pareille question est mal posée et insoluble. En fait, les états de conscience, comme la peur, nous sont donnés comme tels, et doivent être étudiés comme tels. Leur réalité, quoique d'un autre ordre que celle des phénomènes matériels, leur est égale, et même supérieure, car nous connaissons mieux nos sensations que les objets qui nous procurent ces sensations ; n'est-ce pas avec nos sensations que nous construisons notre connaissance des objets ? Hâtons-nous d'ajouter que lorsque la connaissance de l'état nerveux correspondant à l'état mental sera possible, et pourra nous donner des indications utiles, par exemple pour l'étiologie, nous ne manquerons pas d'y avoir recours.

Nous diviserons cette étude en deux parties :

La première sera consacrée : 1° à l'analyse de la peur normale et des peurs pathologiques ; 2° à la pathogénie ; 3° à l'étiologie ; 4° au pronostic, au diagnostic et au traitement.

La deuxième sera réservée aux faits, c'est-à-dire à la classification et à la description des phobies.

PREMIÈRE PARTIE

CHAPITRE PREMIER

Analyse psychologique. — Peur normale et peur morbide. — Degrés dans les phobies.

La peur est un sentiment naturel qui nous est inspiré par le danger ; elle a son fondement dans un instinct primordial : l'instinct de la conservation personnelle. En présence d'un danger, réel ou imaginaire, il y a en nous l'idée d'une souffrance ou même dans certains cas l'idée de la mort. Cette souffrance, par là même que nous la concevons comme possible ou imminente, renferme déjà une certaine part de réalité : de même que l'idée d'un plaisir est agréable, de même l'idée d'une douleur qui va ou peut nous atteindre est désagréable,

douloureuse même. Il y a donc dans la peur : 1° l'idée d'une douleur imminente, 2° un sentiment réellement pénible, produit par cette idée. Ces deux éléments constituent ce qu'on appelle l'angoisse ou encore l'appréhension, 3° une tendance à fuir le danger.

On réserve d'ordinaire le mot peur pour les cas où il y a danger, et l'on emploie le mot aversion, quand il y a seulement une impression désagréable, physique ou morale. Mais il n'y a là qu'une différence de degré. On peut donc, pour simplifier, faire rentrer les aversions dans les peurs. Nous ne pensons pas d'autre part, qu'il y ait lieu de distinguer la peur et la crainte.

La peur implique toujours une certaine souffrance, ou du moins un certain malaise. A ce point de vue la peur, même la plus naturelle, est déjà un état pathologique : mais c'est une maladie inhérente à la vie elle-même, indispensable à la conservation de notre être ; la peur nous avertit et nous préserve souvent du danger, il faut donc la considérer comme un état normal : elle n'est pas une maladie au sens ordinaire du mot, pas plus que la faim ou la soif.

Mais la peur, comme la faim, peut être exagérée ou pervertie de telle façon qu'une maladie réelle prenne naissance. Il y a une véritable pathologie de la peur ; celle-ci étant un état mental, il s'agit, on l'a vu, d'une psychologie pathologique. Personne n'ignore d'ailleurs que la peur produit des effets physiologiques très intéressants : elle jette parfois un trouble profond dans les fonctions relatives à la respiration, à la circulation, à la digestion, etc. Mais ces phénomènes sont trop connus

pour qu'il soit utile d'insister (1). Nous ne voulons étudier ici que les troubles psychologiques de la peur, qui ont été très heureusement désignés sous le nom de phobies.

L'analyse des diverses phobies nous a conduit à distinguer trois degrés, trois moments dans la pathologie de la peur.

Premier degré. — Il y a d'abord une exagération morbide de la peur normale. Nous ne voulons pas parler ici de ces cas où dans lesquels la cause de la peur, étant très grave, la peur grandit elle-même d'une façon considérable ; il y a là un fait normal et logique : l'effet progresse proportionnellement à la cause. L'exagération proprement dite, morbide, apparaît quand l'effet n'est plus proportionné à la cause ; la peur n'est plus alors suffisamment justifiée.

Pour donner un exemple nous décrirons ici la syphilophobie, une des phobies les plus communes et les plus remarquables. On peut être syphilophobe de différentes manières ; la terreur salutaire qu'inspire parfois la vérole, n'a rien que de très légitime ; c'est encore le meilleur des « *préservatifs* », il n'y a rien à dire non

1. Nous ne parlerons pas non plus des cas où, sous l'influence de l'habitude, éducation, etc., la crainte normale est diminuée (soldats, couvreurs, etc.). Il existe aussi une insouciance exagérée vis-à-vis du danger et des maladies, qui, lorsqu'elle n'a pas pour cause une raison supérieure qui nous amène à nous sacrifier pour les autres, est aussi, comme les phobies, mais en sens contraire, un véritable trouble mental.

plus des syphilitiques avérés qui attendent avec angoisse l'éclosion des accidents. Pour qu'il y ait phobie, il ne suffit pas qu'il y ait peur angoissante, il faut qu'il y ait en outre une disproportion réelle entre cette crainte et sa cause.

Nous pouvons donc appeler syphilophobe cet étudiant en médecine, de l'école de Paris, qui n'ose plus boire dans les verres des cafés, de peur d'être contaminé ; syphilophobe aussi un de nos meilleurs amis, étudiant en médecine également, qui, chaque fois qu'il a eu des relations sexuelles tant soit peu douteuses, a été en proie pendant plus d'un mois à des transes continues, sans cesse aux aguets et tombant en arrêt devant la moindre petite rougeur. Ce sont là des syphilophobes au premier degré. Il y a seulement chez eux une peur exagérée, vraiment sans proportion avec sa cause : on voit d'ailleurs qu'il y a des variétés dans ce premier degré lui-même ; pour les uns c'est une terreur ridicule de s'exposer à une contagion fort problématique ; pour les autres cette même terreur naît après coup, la possibilité d'une infection réelle hante leur esprit.

On voit donc bien la marche de la maladie : il y a d'abord simple exagération dans la crainte naturelle que doit inspirer la syphilis : à quel moment précis commence la phobie, l'état pathologique ? Il serait difficile de le dire, il n'y a phobie que lorsque cette exagération est vraiment remarquable. Il y a donc un passage insensible entre l'état normal et l'état pathologique. Ensuite nous assistons à l'aggravation progressive de la phobie ; l'idée de la maladie commence à s'implanter dans l'esprit du phobique ; supposez que cette idée devienne de plus en

plus vive, et vous aurez ainsi passé, par une transition insensible, à une phobie du deuxième degré.

Deuxième degré. — Dans la syphilophobie au deuxième degré la crainte est accompagnée d'une croyance, le malade croit réellement avoir la syphilis. Tous les syphiligraphes connaissent des cas de ce genre. En voici un, emprunté au Dr Fèrè :

X..., employé de commerce, 38 ans. Par crainte de la syphilis, il n'avait jamais voulu voir de femmes jusqu'au jour où la femme d'un de ses amis fit sa conquête. Deux jours après, il est atteint de balano-posthite pour laquelle il vient à plusieurs reprises consulter à l'hôpital du Midi. Il croit avoir la syphilis ; on n'arrive pas à le rassurer tout-à-fait, quoique on lui affirme qu'il n'a aucun symptôme de cette maladie. Un jour, un nouveau chirurgien lui entendant dire, comme à son habitude et pour se rassurer lui-même, qu'ayant eu affaire à une femme honnête, il ne pouvait être contaminé, s'écria en plaisantant : « Vous vous croyez donc un bien beau garçon pour croire qu'une femme honnête n'a pu faire une bêtise qu'avec vous ! » Sur le coup de cette plaisanterie que l'on essaye vainement d'atténuer, X... pâlit, et devint tout tremblant ; quelque temps après, se croyant réellement infecté, et désespéré, il s'asphyxia.

Dans les phobies du deuxième degré, on le voit, l'idée, l'image, etc., qui fait l'objet de la phobie, est devenue plus vive, s'impose de plus en plus à l'esprit du malade ; il y a un certain degré d'illusion ou d'hallucination, s'il s'agit d'une sensation ou d'une image, et s'il s'agit d'une idée il y a une certaine obsession. Le trouble pathologi-

que réside donc ici dans l'exagération d'intensité qui se produit dans la perception ou la conception de l'objet de la phobie. Dans le premier degré il y a surtout exagération de la crainte relativement à son objet ; il y a un trouble du jugement ; dans le deuxième degré il y a un trouble dans la conception de cet objet, qui prend une importance démesurée, s'impose à l'esprit du malade, et lui inspire une véritable croyance.

Troisième degré. — Si le trouble qui constitue le deuxième degré était mieux caractérisé, s'il avait une certaine durée et une certaine continuité, nous aurions une phobie de troisième degré. S'il s'agit d'une idée, telle que celle de la syphilis, cette idée devient ici une idée fixe dans le sens le plus absolu du mot ; parallèlement à cette fixation de plus en plus nette de l'idée, la croyance a progressé à son tour et s'est changée en certitude. Nous sommes alors en présence du délire hypochondriaque à forme de syphilophobie. Ce qui distingue les phobiques au troisième degré, c'est-à-dire les phobiques aliénés, c'est une certitude inébranlable. On sait qu'ils ne sont pas rares ; on peut voir dans Gélinau une observation, due à M^{me} Rivet, de folie hypochondrique syphilophobique.

Dans le deuxième degré, les choses ne vont d'ordinaire pas aussi loin que dans le cas de M. Féré ; mais nous avons à dessein choisi cet exemple parce qu'il montre comment les phobies du deuxième degré se rattachent insensiblement à celles du troisième. Le malade de M. Féré n'est pas un hypochondriaque achevé, il a des doutes sur son état ; pourtant à un moment donné, la

conviction s'établit dans son esprit et produit une crise qui le mène au suicide.

En résumé on voit que, dans la pathologie de la peur, il y a une marche graduelle, progressive et presque insensible qui va de l'état normal jusqu'à la folie. Il serait donc injuste de dire que tout phobique est un aliéné ou même un dégénéré, si l'on donne à ce dernier terme un sens grave. « Où tracer la frontière entre la raison et la folie? » (Mathieu). Nous reviendrons sur cette question à propos de l'étiologie. Notons, en attendant, les résultats acquis :

1° Il y a dans les phobies une série de degrés insensibles depuis l'état normal jusqu'à l'aliénation ;

2° On peut en distinguer trois principaux, qui serviront de points de repère ; et cette distinction s'appuie sur la marche, soit de la peur elle-même, soit de son objet : celui-ci commence à fausser le jugement dans le premier degré, il s'impose à l'esprit d'une façon intermittente dans le deuxième et d'une façon continue dans le troisième ; parallèlement, la peur n'est d'abord qu'une crainte exagérée puis une croyance, enfin une certitude. Cette dernière progression est subordonnée à la précédente : de sorte, qu'en définitive les phobies sont des peurs maladives liées à un trouble intellectuel ou sensitif (c'est-à-dire à un trouble du jugement, de la perception, de l'imagination, etc.). Il faut remarquer que ce trouble n'est pas produit par la peur, ce qui arrive parfois dans la peur normale, mais qu'il lui est antérieur.

CHAPITRE II

Pathogénie.

Nous venons de voir quelles sont les différentes formes de la peur morbide. Insistons maintenant sur le mécanisme général qui préside à la formation des phobies, et que nous venons d'indiquer en partie.

On admet généralement que les phobies ont pour cause un affaiblissement de la volonté. « Ce n'est rien qu'un phénomène d'aboulie plus ou moins accentué », dit Levillain. C'est aussi l'avis de Ribot, de Régis, etc. Il nous semble pourtant que la volonté ne joue ici qu'un rôle secondaire. Il y a en effet dans l'esprit deux grandes classes de phénomènes : il y a en lui d'un côté des sensations, des sentiments, des perceptions, des images et des idées qui se sont formés sous l'influence du monde extérieur : il y a d'autre part une faculté de réaction, dont le type est la volonté ; quand celle-ci s'affaiblit, il y a aboulie. Mais il est facile de voir que les phobies, pas plus que la peur, se sont des maladies de la volonté. La volonté intervient, il est vrai, dans le traitement des phobies : elle peut aider à vaincre une peur, mais elle n'est pour rien dans la production même de la peur. Les maladies de la peur sont des troubles intellectuels ou sensitifs ;

la volonté pourra, par une sorte de dissociation psychique, obliger le corps à passer outre, à ne pas tenir compte de la peur : mais le fait même de la peur est antérieur à l'action de la volonté (1). Ajoutons toutefois que l'aboulie peut survenir comme complication des phobies, complication fâcheuse parce qu'elle rend le traitement plus difficile.

A dire vrai, nous trouvons l'explication de phobies dans l'esprit presque tout entier, excepté toutefois et précisément la volonté. Les éléments qui entrent dans la composition de notre intelligence sont soumis à une loi générale d'une grande importance : ils sont une tendance constante à réaliser tout ce qu'il y a en eux. C'est ainsi que toute image tend à produire une hallucination, que toute idée tend à devenir une idée fixe et même à produire un mouvement. A l'état normal ces troubles ne se réalisent pas, grâce au contrôle incessant que les diverses sensations, perceptions, etc., exercent les unes sur les autres. Nos perceptions forment des groupes complexes où tout est solidaire : si pendant que j'écris sur une table dans ma chambre, l'image de la mer se présente à mon esprit, il ne m'est guère possible de voir réellement la mer dans ma chambre : les perceptions actuelles, les états forts, comme dit Spencer, empêchent les souvenirs les états faibles de se réaliser, de remplir le champ de

1. Le Dr Gélinau écrit, page 44 : « Les phobiques ont de la volonté et du ressort. » Mais il dit aussi, page 175. « L'aveulie, l'impuissance de vouloir est bien un des caractères distinctifs des phobiques. » Ce qui prouve combien sont vagues les idées couramment admises sur l'aboulie des phobiques.

notre conscience. Pourtant cette hallucination d'un souvenir, cette invasion d'une idée se produit parfois. Que faut-il pour cela ? Il faut : ou bien un excès d'excitation qui donne à une image, idée etc., une force extrême, ou bien une diminution dans le pouvoir de contrôle exercé grâce à l'ensemble des autres idées et perceptions. Dans la grande majorité des cas, ces deux facteurs interviennent ; ils sont d'ailleurs fonction l'un et l'autre, c'est-à-dire que si le pouvoir de contrôle est très affaibli ou s'il n'est pas encore développé, comme chez les enfants, l'excitation n'aura pas besoin d'être très vive.

En somme le mécanisme qui préside à la formation des phobies est le même que celui qui produit des illusions, des hallucinations et des idées fixes. Seulement, dans la phobie, il y a ceci de particulier que l'image, idée ou sensation devenue dominante se rapporte à quelque chose de désagréable ou de nuisible, de sorte que l'idée qui nous obsède est accompagnée d'un sentiment de **crainte**. Cette peur est malade précisément parce qu'elle accompagne un état de conscience qui suppose un trouble de la perception ou de l'idéation. Une peur, aussi forte que vous pouvez l'imaginer, ne constitue jamais à elle seule une phobie, si elle n'est liée à un désordre des fonctions psychiques : nous avons vu d'ailleurs quels étaient les degrés de ce désordre, et comment dans certains cas il consiste en une hallucination complète, en une fixation absolue de l'idée. Hâtons-nous d'ajouter que d'ordinaire dans la phobie, le trouble psychique n'est pas aussi prononcé ; mais toujours, nous le répétons, il y a exagération, domination plus ou moins marquée d'une sensation d'une

image ou d'une idée, soit par suite d'un excès dans l'excitation, soit par suite d'une diminution du pouvoir de contrôle.

Quel sera l'objet de la phobie ? Ce sera d'ordinaire la sensation même, l'image ou l'idée qui nous a frappés : ainsi dans l'agoraphobie, on a peur du vide, parce qu'on a été vivement impressionné par la vue du vide. Pourtant il n'en est pas toujours ainsi. Il est des cas où l'objet de la phobie n'est pas celui qui nous a vivement émus, mais un objet qui lui a été associé d'une façon quelquefois toute fortuite. Un jeune homme était sur le bout d'une échelle quand il entendit de grands cris qui le firent se retourner : il aperçut alors un immense incendie qui le remplit d'effroi ; il descendit rapidement, et depuis lors il ne peut plus monter sur une échelle (Féré). On cite encore le cas d'une femme qui mangeait du poisson frit, qu'elle adorait, au moment où on vint là annoncer la mort de l'un de ses enfants. Depuis lors le poisson frit lui inspire un dégoût extrême (Féré).

On voit par là que l'association des idées joue ici un très grand rôle ; elle permet d'expliquer un grand nombre de phobies qui paraissent ne pouvoir être rattachées à aucune cause. Le suisse de cathédrale dont parle Morel et qui avait peur de toucher sa hallebarde avait failli tomber avec un couteau à la main. Les associations d'idées que nous pouvons former sont très diverses : nous associons souvent des idées semblables (c'est le cas du suisse), mais souvent aussi des idées qui n'ont rien de commun, et qui se sont trouvées réunies fortuitement dans notre conscience, comme dans les exemples cités plus haut.

Remarque sur les rapports des phobies et manies. — Plusieurs fois déjà nous avons eu l'occasion de rapprocher les phobies et les idées fixes. Nous avons vu que le

mécanisme de leur production était analogue : une phobie est parfois une idée fixe, mais elle s'en distingue parce qu'elle est accompagnée d'un sentiment de crainte. On réserve le mot de manie pour le cas où il y a une impulsion, au lieu d'une répulsion. Il est évident que phobies et manies ont une signification analogue au point de vue de l'état mental du sujet. Ce sont deux processus qui dérivent tous deux de l'invasion de l'esprit par une idée ou une image. Comme toute idée obsédante tend à se réaliser, elle se réalise en effet dans la manie, ainsi que dans la phobie, en ce sens qu'elle absorbe le sujet et crée en lui un état nouveau : mais il y a cette différence que dans la phobie cet état est désagréable, qu'il produit de la crainte ou de la terreur : comparez la manie des grandeurs et l'hypochondrie, qui est une phobie. D'autre part supposons que l'idée fixe se rapporte à un acte possible, cet acte se réalisera dans la manie, il y aura une impulsion, toujours en vertu de la tendance qu'à toute idée fixe à réaliser tout ce qu'il y a en elle ; mais cet acte ne se réalisera pas dans la phobie, il y aura au contraire une répulsion pour cet acte, parce qu'à l'idée de cet acte est associée l'idée de quelque chose de désagréable. On peut comparer à ce sujet la kleptomanie et la kleptophobie.

Une conclusion très intéressante à tirer de ceci, c'est que les phobiques sont prédisposés aux manies, que la kleptophobie n'est le plus souvent qu'un prélude de la kleptomanie. Quelle est la cause et le mécanisme de cette transformation ? Dans la kleptophobie, il y a deux choses : il y a

d'abord une idée plus ou moins fixe, l'idée de vol, qui tend à faire réaliser le vol, en sa qualité d'idée fixe. Si cette idée était isolée, il y aurait kleptomanie. Mais il y a autre chose : il y a un sentiment, sentiment de répulsion pour le vol considéré comme une vilaine action, et ce sentiment contrebalance l'idée de vol, l'empêche de se réaliser. Cette lutte d'une idée et d'un sentiment exprime exactement l'état d'esprit d'un kleptophobe. Qu'arrive-t-il ensuite ? Si la maladie dure, il intervient un troisième facteur, qui est l'habitude ; or, quel est l'effet de l'habitude sur les idées ? Elle les fortifie de plus en plus. Quel effet produit-elle sur les impressions agréables ou désagréables, sur le sentiment de la beauté ou de la laideur, et en général sur tous les états de conscience qui se ramènent en dernière analyse à un plaisir ou à une douleur ? Elle les atténue et les fait disparaître peu à peu. C'est pourquoi la répulsion qu'inspire le vol, disparaît, l'idée fixe du vol reste et le kleptophobe est devenu kleptomane.

Pour les mêmes raisons : il est facile de comprendre que les gens trop scrupuleux, qui poussent jusqu'à l'extravagance la peur du crime ou du vice sont plus exposés que les autres à devenir criminels ou vicieux. Le même fait se produit en matière de scrupules religieux, et les prêtres ont raison de goûter médiocrement certains excès de dévotion. En fait, de pareilles volte-faces ne sont pas rares : il faut voir alors l'étonnement des bonnes gens : « Comment, s'écrie-t-on, a-t-il pu faire cela, lui qui était si rangé, si scrupuleux ? » (1) Dans le même ordre d'idées, nous avons pu constater que ceux qui font les plus grandes sottises en amour sont quelquefois ceux qui se sont toujours montrés les plus timides et les plus réservés auprès des femmes.

1. « Comment a-t-il pu voler, lui qui n'aurait pas pris une épingle ? » C'est précisément parce qu'il n'aaiti pa aoris une épingle qu'il a pris la forte somme.

CHAPITRE III

Étiologie.

La pathogénie conduit naturellement à l'étiologie : elles se complètent mutuellement.

Nous venons de voir que la phobie avait pour origine une exagération d'un état de conscience et une diminution du pouvoir de contrôle, du jugement rectificateur ; l'une de ces deux causes peut-elle suffire ? presque toujours, sinon toujours, toutes les deux interviennent. Il y a peut-être des cas où une excitation extrêmement vive pourra produire une phobie en agissant sur un terrain normal ; il y a des cas, très rares, où une excitation quelconque jette le trouble dans un esprit extrêmement affaibli (pantophobie). Mais nous pouvons négliger ces exceptions.

L'affaiblissement du pouvoir de contrôle est une cause prédisposante. Quand à l'exagération de l'excitation, elle est à la fois cause prédisposante et cause occasionnelle ; en effet il y a ici une impression venue du dehors qui est la véritable cause occasionnelle, mais il y a aussi dans le

sujet une certaine hyperesthésie, et d'une façon générale une *émotivité* particulière. Nous arrivons ainsi à une nouvelle conception des causes : nous avons d'un côté les causes occasionnelles, et de l'autre les causes prédisposantes : celles-ci sont la diminution du pouvoir de contrôle et l'augmentation de l'émotivité !

I. *Causes occasionnelles*. — Nous en disons peu de choses : c'est généralement un événement imprévu, plus ou moins extraordinaire, une frayeur, un incendie, la présence d'un gouffre, un danger, un accident, la mort d'une personne aimée, la vue des ravages produits par une maladie. La liste en serait inépuisable. D'ailleurs il n'y a ici aucune difficulté : on ne saurait en dire autant des causes prédisposantes.

II. *Causes prédisposantes*. — Nous avons dit que l'excès d'émotivité et la diminution du pouvoir de contrôle interviennent le plus souvent tous les deux. C'est une loi psychologique incontestée que la sensibilité émotive et l'intelligence coordinatrice et rectificatrice des émotions se développent en raison inverse l'une de l'autre.

Cela est si vrai que nous sommes toujours étonnés quand nous rencontrons des esprits complexes où la sensibilité artistique et l'intelligence scientifique semblent s'être développées parallèlement. D'ordinaire celui dont l'esprit est habitué à contrôler toute chose, à saisir des rapports, ce qui est le propre de la science, est rarement doté de facultés artistiques, supérieures ; et la réciproque est vraie également : les artistes sont en général de médiocres savants, de détestables hommes d'affaires. On voit donc que

dans la plupart des cas, si l'émotivité d'un individu augmente, son pouvoir de contrôle et de rectification diminue. Il serait d'ailleurs absolument faux de conclure de là que les émotifs sont moins intelligents que les autres. Ils sont au contraire plus intelligents, car ils ont une réceptivité plus grande, les choses laissent en eux une empreinte plus profonde. Ils sont plus intelligents dans le sens le plus général et le plus ordinaire du mot ; mais il n'en est pas moins vrai qu'ils sont souvent le jouet de leurs impressions, qu'ils manquent de pondération, que leur esprit ne s'adapte pas d'une façon adéquate aux circonstances complexes qui constituent la vie réelle, qu'ils sont moins pratiques, en un mot que leur faculté de contrôler et coordonner leurs impressions et leurs idées est peu développée. C'est ce qui explique aussi pour quoi ils échouent souvent là où des intelligences inférieures à la leur réussissent.

Nous venons de voir que l'exagération de l'émotivité entraîne une diminution du pouvoir de contrôle. Mais il serait faux d'ajouter que la diminution du pouvoir de contrôle entraîne une exagération de l'émotivité : il est évident que ces deux facultés peuvent être également diminuées. Pour qu'il y ait développement en raison inverse, encore faut-il qu'il y ait développement de l'un des deux termes : il peut y avoir arrêt de développement total, comme chez certains crétins. En définitive, nous trouvons deux grandes prédispositions aux phobies :

1° La diminution de la faculté de contrôle ; il y a là une véritable dégénérescence mentale ; d'ordinaire l'émotivité est conservée ou même exagérée à la suite de cette dégénérescence intellectuelle, en vertu de la loi du développement inverse que nous avons indiquée tout à l'heure.

2° L'excès d'émotivité, primitif, avec diminution consécutive de la puissance de contrôle, en vertu de la même loi.

Dans le premier cas c'est la dégénérescence intellectuelle qui est le fait dominant, primitif ; dans le deuxième cas, on est frappé surtout par l'excès de l'émotivité. Dans le premier cas il y a un affaiblissement plus ou moins prononcé de l'état mental ; dans le deuxième l'émotivité prend un développement tel qu'elle peut donner naissance à de brillantes facultés, de sorte qu'ici à côté d'une dégénérescence partielle, relative à la faculté de contrôle, il y a d'autre part un véritable progrès mental. Ce qui frappe ici, ce n'est plus l'affaiblissement, c'est la déséquilibre de l'état mental.

Cette déséquilibre peut se produire encore d'une autre manière, car elle aura lieu toutes les fois qu'une faculté prendra un développement exagéré, nuisible à la conservation intacte des autres facultés. C'est ce qui arrive à ceux qui développent outre mesure et d'une façon exclusive leur intelligence scientifique, ce qu'on pourrait appeler leur entendement (1). Il y a aussi chez eux une véri-

1. On voit combien les mots manquent pour exprimer les différentes formes de l'intelligence. Sont intelligents les émotifs, parcequ'ils ont une grande impressionnabilité ; sont intelligents les savants, parce qu'ils connaissent le comment et le pourquoi des choses. Mais il y a une autre forme de l'intelligence, plus commune, plus banale, et aussi plus indispensable : c'est ce que nous avons, faute de mieux, appelé la faculté de contrôle : c'est une sorte de jugement qui classe, coordonne toutes les idées et impressions, qui les compare entre elles pour les rectifier et les coordonner : c'est là ce qu'on a appelé aussi le sens commun.

table déséquilibration; tandis que les précédents sont des non-équilibrés (1) émotifs, ceux-ci sont des non-équilibrés intellectuels.

Il nous faut donc ajouter les intellectuels aux émotifs. Si nous arrivons à eux en quelque sorte synthétiquement et après coup, tandis que les deux classes précédentes nous ont été données directement par l'analyse, c'est que l'état d'esprit des intellectuels n'est pas un état primitif, mais un état créé artificiellement par le savant lui-même sous l'influence d'une certaine éducation.

Nous trouvons donc deux classes de prédisposés aux phobies; les dégénérés et les non-équilibrés, ceux-ci comprenant les émotifs et les intellectuels. Il y a d'autres classes de non-équilibrés, mais on peut les faire rentrer dans ces deux types.

Avant d'aller plus loin, il est nécessaire d'insister un peu sur cette notion si confuse de dégénérescence, au sujet de laquelle on est loin de s'entendre; nous pensons pour notre part qu'il y a là surtout une querelle de mots.

Nous laisserons de côté la dégénérescence physique pour ne considérer que la dégénérescence mentale; ce qui sera vrai de l'une s'appliquera facilement à l'autre. D'ailleurs, dans un grand nombre de cas, ces deux ordres de dégénérescence coexistent. Il y a des exemples de dégénérescence mentale sans dégénérescence physique visible, et réciproquement; mais là déjà, il y a une question de mots: quand il y a dégénérescence mentale, on

1. Nous évitons le mot « déséquilibré », qui a un sens trop défavorable.

ne peut pas ne pas admettre qu'il n'y ait une dégénérescence du cerveau, ce qui est bel et bien une dégénérescence physique. Mais ceci nous importe peu pour notre sujet. Il serait plus intéressant de savoir si toute dégénérescence physique visible, suppose une dégénérescence cérébrale, et par conséquent, une dégénérescence mentale. Il semble qu'il faut répondre négativement, mais non sans faire des restrictions, car les vices de développement que l'on constate, sont souvent sous la dépendance du système nerveux, et il est peu probable que la lésion qui les a produits n'ait eu aucun retentissement, même très léger, sur le cerveau.

Nous en concluons qu'une phobie chez un individu qui présente des signes de dégénérescence physique visible, est plus grave que si ces signes font défaut.

Revenons à la dégénérescence mentale. Elle est une prédisposition aux psychoses, mais elle est plus que cela; cette prédisposition suppose un état d'infériorité mentale; cette infériorité porte moins sur la matière de l'esprit que sur sa forme, en d'autres termes, elle consiste dans un trouble dans le mécanisme des états mentaux; on peut être d'une ignorance extrême sans être inférieur aux autres, au point de vue du bon fonctionnement de la machine mentale. Nous pouvons de la sorte nous faire une idée assez exacte de l'état psychologique normal, dans lequel toutes les facultés s'harmonisent et se complètent mutuellement. Les phobies sont l'indice d'un trouble dans ce mécanisme; les manies, les aboulies, sont des symptômes de même ordre.

Néanmoins, il est difficile d'établir la réalité de l'état normal; c'est plutôt un idéal, un type, qui n'a peut-être

jamais existé, quelque chose d'analogue au Sage des stoïciens. A ce compte, et sans chercher d'autres raisons dans la dégénérescence des races qui vieillissent, nous sommes tous plus ou moins dégénérés, nous sommes tous inférieurs au type normal; nous avons vu, d'autre part, qu'entre l'état normal et l'aliénation mentale, il n'y avait qu'une différence de degrés; si donc, on veut forcer les choses et généraliser outre mesure la notion de dégénéré, elle s'appliquera à tout le monde, aux sains d'esprit et aux fous, c'est-à-dire, qu'en somme, elle perdra toute signification.

Nous croyons donc qu'il y a lieu d'établir quelque distinction dans la classe immense des dégénérés. Quoiqu'aucun homme ne soit parfait, il est juste néanmoins de mettre en dehors de cette classe, ceux qui ne présentent aucun signe de dégénérescence appréciable. De plus, nous proposons de diviser les dégénérés en trois catégories : 1° Les dégénérés proprement dits, chez lesquels la dégénérescence est bien caractérisée; 2° les dégénérés, qui sont en voie de dégénérescence, mais qui ne présentent qu'une dégénération légère; on pourrait encore les désigner sous le nom de « nerveux », comme on le fait souvent : on évite ainsi d'appliquer la même dénomination à des individus que tout le monde considère comme sains d'esprit, tout au plus comme des originiaux, et à des fous caractérisés; 3° les non-équilibrés.

Quant à ceux-ci, nous pensons de même qu'il est injuste de les appeler dégénérés. Il y a chez eux une dégénérescence partielle, soit; mais elle est compensée par un

progrès effectué d'un autre côté. Tel est l'état d'un grand nombre de poètes, d'artistes, de savants. On ne peut tout avoir, être à la fois Victor Hugo et un parfait notaire ; notre esprit est comme une balance : l'un des plateaux ne peut s'élever sans que l'autre s'abaisse. C'est du moins la règle générale. C'est pourquoi les grands génies sont d'ordinaire mal équilibrés. Mais qu'est-ce qui vaut mieux, de l'état d'équilibre ordinaire, ou de l'état de certains génies non équilibrés ? L'admiration unanime qu'inspirent leurs œuvres montre bien que leur état mental est en somme supérieur à celui des autres ; on a dit qu'ils étaient des dégénérés supérieurs ; c'est exact, mais nous croyons qu'il vaut mieux abandonner tout à fait le mot de dégénéré, auquel est liée l'idée d'une tare prononcée et d'une infériorité absolue ; il faut le réserver pour les dégénérés proprement dits (1).

Il y a d'autres non-équilibrés que les artistes et que les savants. Parmi les non-équilibrés intellectuels il faut placer tous ceux qu'une profession intellectuelle absorbe d'une façon trop continue et qui en arrivent par là à un certain degré de surexcitation : telle est l'origine de beaucoup de phobies dites professionnelles. Parmi les émotifs, il faut ranger les mystiques et tous ceux qui sont sous l'empire d'une passion exclusive.

L'état des non-équilibrés n'est pas sans analogie avec celui des enfants ; l'émotivité est l'état normal de ceux-ci ; ils sont dans un état d'équilibre instable. Aussi les phobies sont-elles extrêmement fréquentes chez eux : certaines se montrent même

1. En résumé, la grande classe théorique des dégénérés se divise, en fait, en dégénérés, dégénérescents et non-équilibrés.

normalement chez les jeunes enfants : ainsi ils sont tous monophobes et se mettent à pleurer dès qu'ils se voient seuls.

L'étiologie, telle que nous venons de l'étudier, n'est que la suite de la pathogénie. Elle nous montre les causes en les rattachant aux lois pathogéniques exposées plus haut. Il y a des degrés dans toute étiologie, suivant qu'on considère des causes plus ou moins éloignées. Nous avons vu que les phobies devaient se rencontrer chez les dégénérés, en leur ajoutant les dégénèrescents, et chez les non-équilibrés, c'est-à-dire chez les émotifs et les intellectuels. Nous pouvons nous demander maintenant quelles sont les causes qui produisent cette dégénérescence et cette déséquilibration.

Il y en a de deux sortes: d'un côté l'hérédité, qui a une importance capitale, et de l'autre diverses causes individuelles: parmi ces dernières nous citerons les chagrins, le surmenage mental et physique, les excès de toutes sortes, l'alcoolisme et les diverses intoxications, saturnisme morphinisme, etc.; les dyspepsies, les auto-intoxication-gastro-intestinales (Bouchard), les ptoses viscérales (Glénard); certaines diathèses, telles que l'arthritisme, les maladies infectieuses, telles que la syphilis, la grippe, la fièvre typhoïde; les maladies génitales, la grossesse, les ténias (Grasset), etc. Il est évident d'ailleurs que les causes que nous venons d'indiquer agissent d'ordinaire sur un terrain préparé par l'hérédité. Mais il serait exagéré de dire que toujours et dans tous les cas il y a une prédisposition héréditaire marquée. Il faut bien que a dégénérescence acquise soit un fait réel, car elle seule

rend possible la dégénérescence héréditaire ; à moins qu'on ne suppose que nous avons tous, et que nos ancêtres ont tous eu quelque peu de dégénérescence. C'est une application de la théorie du péché originel. Mais nous avons vu que la question était ainsi mal posée.

Il y a donc des causes réelles qui d'ordinaire agissent sur un terrain déjà affaibli, mais qui dans certains cas, rares peut-être, influencent fâcheusement un organisme parfaitement sain (1). Ces causes agissent les unes directement sur l'esprit (surmenagement, chagrins, etc.) les autres indirectement en affaiblissant le système nerveux ou en le surexcitant. Pour être plus exact, les uns et les autres agissent à la fois sur le système nerveux et sur l'esprit ; puisque ce sont deux aspects d'une même chose ; mais les uns agissent directement sur le cerveau par l'intermédiaire des sensations, les autres pénètrent jusqu'au système nerveux par une autre voie, par exemple par l'intermédiaire du sang.

A la rigueur nous n'avons pas besoin de faire intervenir ici la neurasthénie, l'hystérie ou l'épilepsie. Ce ne sont pas là des causes véritables pour les phobies. L'épilepsie est un signe de dégénérescence grave ; elle nous fait connaître l'état mental du sujet ; elle est un effet de la même cause qui produira des phobies. Il en est de même de l'hystérie et de la neurasthénie. La neurasthénie n'est qu'un ensemble de symptômes qui indiquent un état de

1. Le problème est identique quand il s'agit de l'étiologie d'une maladie infectieuse. Dira-t-on que pour contracter la syphilis il faudra toujours une dégénérescence héréditaire ?

dégénérescence acquise ou plus souvent héréditaire ; les phobies ne sont pas des symptômes de neurasthénie, mais des symptômes soit de la dégénérescence même qui produit aussi la neurasthénie, soit d'un état qui n'a rien de commun avec la neurasthénie c'est-à-dire la déséquilibration mentale. Il en est de même pour les phobies des hystériques (1).

Il y aura donc des phobies chez des neurasthéniques ou des hystériques mais il serait faux de les considérer avec Beard, Bouveret, Régis, comme des symptômes de la neurasthénie ; ajoutons que les différentes causes que nous avons étudiées peuvent se trouver combinées de diverses manières, de la même façon que l'hystérie peut se combiner avec l'épilepsie ou la neurasthénie. Il y aura donc des combinaisons variables à l'infini dans lesquelles pourroient entrer et la dégénérescence et la déséquilibration, l'émotivité et l'état intellectuel, l'hérédité et les intoxications, etc.

Enfin, est-il possible de trouver dans la physiologie cérébrale quelque indication utile relativement à la question que nous venons d'étudier ? Nous sommes porté à croire que dans le cas de dégénérescence proprement dite, typique, il existe un trouble trophique dans les cellules nerveuses, et que dans le cas

1. On pourrait discuter si l'hystérie est un symptôme de dégénérescence ou de déséquilibration ; nous pensons qu'il s'agit surtout de celle-ci ; elle nous paraît ainsi dans la déséquilibration, comme l'analogie de ce que sont la neurasthénie et l'épilepsie pour la dégénérescence la grande hystérie correspondant à l'épilepsie et la petite hystérie à la neurasthénie.

de non-équilibre (émotifs, intellectuels), il y a seulement un trouble fonctionnel, sur la nature duquel les nouvelles idées de Ramon y Cajal et de Mathias Duval jettent une vive lumière ; ce trouble fonctionnel consisterait dans une modification des rapports de contiguïté normaux entre les ramifications nerveuses, entre les neurones. Ce trouble fonctionnel serait ici le fait primitif, mais il constituerait par lui-même une prédisposition à des troubles trophiques ultérieurs, puisque les cellules qui ne fonctionnent plus ont une tendance à s'atrophier : nous avons vu en effet que dans la non-équilibre persistante, il y a une dégénérescence partielle consécutive.

CHAPITRE IV

Pronostic. — Diagnostic. — Traitement.

Le pronostic est surtout fondé sur l'étiologie. Les phobies ne sont pas des entités morbides, mais des symptômes : elles aident à nous faire connaître l'état mental du malade ; c'est de la connaissance de cet état mental, à laquelle viennent contribuer tous les signes physiques d'un affaiblissement nerveux, que dérive le pronostic. Le point important est donc de bien connaître l'état du sujet, de savoir s'il y a dégénérescence ou seulement défaut d'équilibre. S'il y a dégénérescence, le pronostic variera avec le degré de cette dégénérescence ; certaines phobies, nous le verrons, sont l'indice d'une dégénérescence grave, d'autres attestent une dégénérescence très légère ; mais des phobies légères peuvent survenir dans le cours d'une dégénérescence que d'autres signes nous font connaître comme grave ; dans ce cas, leur pronostic est évidemment sérieux, quelque légères qu'elles soient, parce qu'elles auront de la tendance à

s'aggraver ou ne disparaîtront que pour faire place à d'autres, ou encore elles se transformeront en manies.

S'il y a simple déséquilibre mentale, le pronostic nous paraît être moins grave que dans le cas de dégénérescence proprement dite. Il sera plus facile, nous semble-t-il, de guérir le malade, s'il consent à éviter tout ce qui peut le maintenir dans son état ; par un changement complet de ses habitudes, il pourra arriver à mettre un peu de pondération dans son esprit. Que le mathématicien laisse là ses équations, que le poète descende du Parnasse pour se livrer au jardinage... A ce prix, et s'il n'y a encore aucune dégénérescence notable, la guérison est probable. Il faut savoir d'ailleurs que cet état de déséquilibre favorise singulièrement l'apparition d'une dégénérescence consécutive, soit chez le même sujet, soit chez ses descendants, on a vu pourquoi. Il y a donc un grand intérêt à enrayer ce processus. Si la phobie est liée à l'exercice d'une profession, elle est particulièrement fâcheuse, parce qu'elle oblige souvent le malade à chercher un autre gagne-pain.

Si la phobie apparaît à la suite d'un affaiblissement passager et curable, son pronostic est généralement bénin ; néanmoins elle ne doit pas être négligée, et il faut tenir grand compte de l'avertissement qu'elle donne. Il faut en dire autant des phobies qui sont surtout l'effet d'une cause occasionnelle ; les phobies des enfants non dégénérés disparaissent peu à peu avec les années.

Telle est la part de l'étiologie dans l'interprétation et le pronostic des phobies. Mais dans certains cas, la phobie étant un symptôme isolé, l'étiologie ne fournit aucune

indication. Il faut alors considérer la phobie en elle-même : cette étude, en même temps qu'elle servira à établir le pronostic, donnera des indications sur l'étiologie probable. Ajoutons qu'elle est encore utile et fournit des indications précieuses, même quand l'étiologie est connue, car elle contrôle le diagnostic étiologique. On peut la faire de deux façons qu'il nous suffira d'indiquer. On analysera la phobie pour savoir : 1° Quel est son degré. Est-elle du deuxième degré, elle est généralement un indice de dégénérescence ou de déséquilibre notable ; au troisième degré il y a toujours dégénérescence grave, il y a une véritable aliénation. Les dégénérés sont surtout exposés aux phobies du premier degré ; il en est de même pour ceux dont la déséquilibre est légère.

2° Quelle est sa place dans la classification qui suit et qui va des phobies les plus graves à celles qui le sont moins, comme on va le voir.

En résumé, le pronostic des phobies repose : 1° sur leur étiologie ; 2° sur leurs degrés ; 3° sur leur classification.

Avant de nous occuper de cette classification, disons un mot du diagnostic et du traitement. Nous avons vu quelle est l'importance et quels sont les éléments du diagnostic de la cause ; le diagnostic des phobies, considérées en elles-mêmes, est beaucoup plus facile, et nous en avons posé les bases dans l'analyse que nous avons faite de la peur et des peurs morbides. Nous ne reviendrons pas sur ce sujet ; nous citerons pourtant deux cas de fausses phobies. M. le professeur Potain, dans une leçon clinique toute récente, nous racontait qu'il avait examiné un malade chez

lequel un médecin avait *à tort* diagnostiqué une maladie de cœur : à la suite de ce diagnostic l'état du malade s'était profondément aggravé, il offrait à tous les points de vue l'image d'un parfait phobique ; pourtant ce malade n'était pas un phobique, car ce n'est pas dans son imagination qu'était la cause de sa maladie, mais dans celle de son médecin. L'autre exemple nous est donné par M. Janselme dans un article sur les méfaits de la syphilophobie (*Médecine moderne*, du 12 juin 1895) ; il s'agit d'un homme qui avait été traité à Saint-Louis pour une éruption iodopotassique intense, et qui était sorti guéri, mais porteur de vastes cicatrices pigmentées. Depuis lors, « sur le vu de ces cicatrices, plusieurs médecins l'avaient jugé syphilitique, et l'avaient remis à l'iodure à fortes doses. Ce malheureux (très intolérant pour l'iodure), vite devenu *syphilophobe*, fut alors en proie à une série interminable d'accidents toxidermiques, qui faisaient d'autant plus croire à la syphilis et renforcer le traitement. Il a dû mourir victime de sa syphilophobie ». Il est bien évident que ce malade n'avait pas plus de phobie que le précédent.

Nous serons très bref sur le traitement.

Il comprend trois parties :

1° Le traitement du symptôme phobie : il consiste essentiellement dans la suggestion à l'état de veille.

Il est évident, *a priori*, d'après l'étude que nous avons faite de l'état mental des phobiques, qu'ils doivent être très suggestionnables ; la phobie a pour cause un excès de suggestionnabilité. En fait les phobiques se laissent facilement influencer. Il faut donc tâcher d'acquérir le plus d'autorité possible sur eux, essayer de les impressionner vivement, et si on ne réussit pas d'emblée, s'armer de patience, car on sait que la répétition des impressions produit quelquefois un résultat que n'avait pu obte-

nir une impression vive mais isolée (C'est le principe sur lequel reposent la mémoire et la formation des habitudes).

Sous cette influence, le malade reconnaîtra peu à peu que ses craintes manquent de fondement, il prendra confiance, il s'habituerà peu à peu à regarder en face l'objet de sa phobie, et il guérira.

Si le malade a une volonté énergique, il vous aidera beaucoup dans votre cure ; si la phobie est compliquée d'aboulie, ce qui arrive souvent (les phobies et l'aboulie, ainsi que les manies, étant sous la dépendance d'un même état général), il faudra alors que votre volonté remplace celle du malade, il faudra que vous l'obligiez à faire ce qu'il ne ferait pas de lui-même, vous le forcerez à se mettre dans les conditions voulues pour que, grâce à une habitude graduellement acquise, l'objet de la phobie apparaisse tel qu'il est réellement. Si le malade est facilement hypnotisable, et si la phobie disparaît difficilement, la suggestion hypnotique est tout indiquée. On le voit, c'est surtout à la psychothérapie, soit à l'état de veille, soit pendant le sommeil hypnotique, qu'il faudra avoir recours.

Cette méthode a déjà donné d'excellents résultats, notamment entre les mains du Dr Bérillon. Il y a pourtant des phobies graves réfractaires à tout traitement ; l'esprit du malade est alors tellement dominé par l'idée fixe qui s'est emparée de lui qu'il n'est plus possible de trouver en lui une place pour d'autres idées qui la combattraient ; le malade ne s'appartient plus, il appartient à son idée fixe, il est aliéné.

2° Il faut ensuite traiter la cause, c'est-à-dire l'état général névropathique : on aura recours aux sédatifs, aux toniques, au phosphore, à l'arsenic, à l'hydrothérapie, aux bains sulfureux, à l'électricité, au massage, aux voyages ; suivant les cas on prescrira le repos ou un exercice modéré ; on enverra le malade à la campagne ; l'isolement est quelquefois indiqué.

3° Enfin, on traitera la cause de cet état général quand on n'aura pas affaire à un cas où l'hérédité est le seul facteur. Ainsi on soignera la diathèse arthritique, la dyspepsie, la maladie génitale, l'alcoolisme, etc., suivant le cas qu'on présentera. On mettra un terme au surmenage, on fera abandonner certaines professions, etc. Nous avons indiqué plus haut les principales causes que l'on rencontre d'ordinaire.

Au point de vue prophylactique, il faut éviter d'éveiller dans l'esprit des enfants des peurs ridicules ; elles ne sont pas sans danger pour l'avenir.

DEUXIÈME PARTIE

Préliminaires : principe d'une classification rationnelle.

Cette deuxième partie est consacrée aux faits. Nous n'avons pas la prétention de décrire toutes les phobies : leur domaine étant aussi étendu que celui de l'esprit humain, leur nombre est en quelque sorte illimité. Nous nous attacherons surtout à déterminer un certain nombre de types phobiques qui pourront présenter des variétés nombreuses parmi lesquelles nous en choisirons quelques-unes comme exemples. Pour obtenir ces types, il est nécessaire de procéder à une classification rationnelle. M. Régis (*Manuel des mal. mentales*) divise les craintes en crainte des objets et contacts, crainte des lieux, éléments et maladies, enfin crainte des êtres vivants. C'est là un simple groupement purement artificiel. Quel est le fait essentiel dans une phobie ? Ce n'est pas l'objet même de la phobie, c'est le trouble mental qui se produit à l'oc-

casion de cet objet. Une classification vraiment naturelle devra donc s'appuyer sur l'étude de ce trouble. Or, nous avons vu que les phobies étaient produites par une modification dans les sensations, perceptions, images, idées et sentiments, c'est-à-dire dans toute cette partie de l'esprit qui est constituée par la sensibilité et l'intelligence ; nous trouvons donc là la base d'une classification. Nous formerons trois classes : dans la première, nous rangerons les phobies relatives à un trouble sensitif ou sensoriel : cette première classe comprendra les phobies constituées par un trouble : 1° de la sensibilité générale ; 2° du toucher ; 3° de la vue ; 4° du sens musculaire ; 5° de l'ouïe, du goût et de l'odorat. Dans la deuxième, nous décrirons les phobies relatives à un trouble de la perception ou de l'imagination ; et dans la troisième les phobies relatives à un trouble dans les idées ou les sentiments. Nous subdiviserons la dernière en trois parties suivant qu'il s'agit d'idées ou sentiments personnels, sociaux ou impersonnels, d'après la classification généralement acceptée pour les sentiments. Notre classification repose donc sur une division très simple des phénomènes mentaux, autre que les faits de volonté : 1° sensations ; 2° perceptions et images ; 3° idées et sentiments (1).

Dans la première classe, il y a une perturbation dans le mécanisme psychique d'un sens, et cela indépendamment de l'objet qui est donné par la sensation ; d'une

1. On a vu pourquoi nous mettons de côté la volonté. On pourrait être tenté d'autre part d'établir une quatrième classe pour les habitudes, qui comprendrait, par exemple, les phobies professionnelles ; mais il est facile de voir que ces dernières

façon précise, si on a peur de voir ou de toucher quelque chose, ce n'est pas de cette chose qu'on a peur (c'est ce qui a lieu dans la deuxième classe), mais on a peur de la sensation visuelle ou tactile.

Dans la deuxième classe la perception est faussée parce qu'elle nous fait apparaître un objet avec des qualités qu'il n'a pas. L'idée ou la sensation jouent ici un grand rôle ; mais en fait, et grâce à une association d'idées, nous avons peur de l'objet même sans plus penser à l'idée ou à la sensation qui est la cause première de cette peur. Pour simplifier nous avons réuni les troubles de l'imagination à ceux de la perception. Ajoutons que parfois une même phobie est tantôt une phobie des sens, tantôt une phobie de la perception : telle est la phobie des épingles : il y a primitivement phobie du toucher, puis l'objet lui-même devient par extension l'objet d'une phobie. On trouvera plus loin assez d'exemples qui éclairciront les considérations précédentes pour qu'il ne soit pas nécessaire d'en donner ici.

Il est essentiel de remarquer que l'ordre que nous avons établi entre les classes précédentes n'est autre que l'ordre même qui préside à l'évolution de nos diverses facultés : les sensations apparaissent d'abord, puis les perceptions et images, enfin les idées et sentiments.

Nous avons même suivi cet ordre, autant que possible,

phobies sont des phobies des sens ou des phobies des idées. Les habitudes qui commencent sont des faits de volonté ; une fois établies, les habitudes psychiques ne sont autre chose que des idées, perceptions, etc. diversement combinées.

dans les subdivisions de la première, et surtout de la troisième classe. Or, quand il se produit dans l'esprit une désintégration, une désagrégation, ce processus suit un ordre inverse du précédent, comme l'a montré H. Spencer (*Principes de Psychologie*).

Il suit de là qu'un trouble mental portant sur le mécanisme des sensations est plus grave que celui qui porte sur les perceptions, et ainsi de suite. On conçoit très bien qu'il soit plus facile de fausser une idée que de troubler l'exercice psychique de la vision, qui est une des premières acquisitions de l'individu et de l'espèce (1). Nous avons donc justifié ce que nous avons dit à propos du pronostic : que la gravité d'une phobie, toutes choses égales d'ailleurs, notamment à degré égal, dépend de sa place dans la classification. Cette classification, outre qu'elle a une base naturelle, a donc aussi une utilité pratique. Avant d'entrer dans le détail des phobies, n'oublions pas que les phobies légères ne sont pas à dédaigner, car elles marquent le passage de l'état normal à l'état pathologique.

Nous passerons rapidement sur les points qui sont développés dans les traités classiques.

1. Dans les phobies relatives à des états élémentaires (phobie des sens), il y a dans l'esprit une véritable régression vers l'état infantile ; on perd le bénéfice de l'expérience acquise, on redevient enfant, comme dans la folie. Les jeunes enfants sont naturellement agoraphobes, tant qu'ils ne savent pas marcher.

CHAPITRE PREMIER

Phobies des sensations.

1° *Douleur*. — La douleur étant la cause de toutes nos peurs, il y a une phobie générale de la douleur qui se retrouve au fond de toutes les phobies, mais qui se manifeste aussi quelquefois d'une façon toute spéciale c'est alors l'algophobie, ou peur exagérée des souffrances physiques.

2° *Toucher*. — D'après M. Régis et M. Ballet, la crainte des contacts, que nous appellerons aptophobie (απτομαί, toucher) n'est qu'une forme de la crainte des objets; mais nous ferons remarquer qu'il y a ici primitivement crainte du *contact* de l'objet. Ce n'est pas l'objet, mais la sensation éprouvée en le touchant, que redoute le malade; par une association d'idées naturelles, la vue seule de l'objet excitera quelquefois sa crainte, mais il n'en est pas moins vrai qu'il y a ici avant tout un trouble du toucher, un « délire du toucher ». Ses principales variétés sont : l'aichmophobie (peur des objets pointus), et la bélérophobie (épingles), la métallobobie (objets métalliques), la

cristallophobie (verre), la trichophobie (poils), etc. ; voici une observation de bélérophobie chez la femme d'un médecin (Gélineau) :

La peur des pointes est précédée par d'autres phobies : misophobie, lyssophobie. Un jour qu'elle buvait dans son verre, elle vit ou crut voir à travers le liquide des épingles plantées sur la cheminée et rejeta aussitôt avec horreur le verre et son contenu, ne buvant désormais qu'après les recherches les plus minutieuses. Cette terreur des épingles augmente de jour en jour ; elle en voit partout, il faut tout nettoyer sous ses yeux. Les mets, dûment examinés, sont renfermés dans une armoire dont elle a la clef ; elle n'était pourtant pas tranquille, prétendant que des épingles avaient pu être introduites par la fente ou le trou de la serrure.

Elle en vint à ne pas vouloir manger des œufs, prétendant que les poules qui les avaient pondus pouvaient avoir avalé des épingles. On simula une séquestration dans un asile : elle en ressentit une émotion violente qui la guérit, et dès lors la peur d'une nouvelle séquestration empêcha le retour de sa phobie.

Dans cette observation le trouble tactile prend une forme toute spéciale ; il s'agit d'une sorte de toucher interne. On pourrait opposer ce cas à celui de cette hystérique qui avalait des quantités d'épingles.

La plupart des phobies du toucher trouvent quelque explication dans ce fait qu'il s'agit d'objets dont le contact est réellement désagréable. Ce sont des phobies du premier degré. La métallophobie est une phobie du deuxième degré ; enfin ne pourrait-on pas considérer comme une aptophobie au troisième degré le cas de ces

fous qui croient être en verre ou en beurre, et qui tremblent sans cesse d'être brisés ou fondus ?

3° *Vue*. — Nous rangeons ici toutes les phobies qui se rapportent à l'espace. Leur type est l'agoraphobie, mot impropre, mais généralement accepté pour désigner la peur des espaces. L'agoraphobie est la mieux connue de toutes les phobies : nous venons d'en observer un cas intéressant.

M. F..., employé à Paris dans une maison de commerce, nous dit que dès son jeune âge, il a éprouvé une vive angoisse en présence du vide. Ce qu'il redoute le plus est le vide contemplé d'une certaine hauteur ; actuellement encore (35 ans), il nous déclare qu'il lui serait tout à fait impossible de passer sur certains ponts élevés : peut-être y arriverait-il en marchant « à quatre pattes » et en se cramponnant fortement des deux mains.

Sa terreur est moins prononcée quand il s'agit de traverser une grande place ; mais, fait plus rare, il a, à un moment donné, éprouvé un véritable vertige quand il regardait le ciel. Il a donc été agoraphobe suivant toutes les directions de l'espace ; ajoutons qu'autrefois, quand un train passait à côté de lui, il se sentait violemment attiré, il lui semblait qu'il allait être emporté. C'est d'ailleurs un homme intelligent et pondéré ; pas d'antécédents pathologiques. Il a été pendant quelque temps alcoolique, mais il a lutté contre sa passion, et il a réussi à la vaincre ; pendant cette période d'alcoolisme, son agoraphobie a augmenté dans de fortes proportions ; elle est revenue ensuite à son état primitif.

Nous avons observé aussi un cas d'agoraphobie chez un professeur de Faculté, d'un esprit très cultivé, qui est un bel exemple de l'association entre l'agoraphobie et une intelligence remarquable.

L'agoraphobie comprend plusieurs variétés : la thalassophobie (1) ou peur de la mer, l'acrophobie et la cremnophobie, peur des hauteurs et des précipices ; on pourrait appeler ouranophobie (*οὐρανός* ciel) la peur de l'espace qui s'étend audessus de nos têtes ; d'ailleurs l'agoraphobie, outre son acception générale, a aussi un sens propre, spécial, d'où elle tire son nom : c'est la peur des places désertes.

On sera peut-être étonné de nous voir oublier la claustrophobie ou peur des espaces fermés. En effet tous les auteurs la classent à côté de l'agoraphobie. Beard les fait rentrer toutes deux dans les topophobies, ou peur des lieux. On a même fait entre ces deux phobies des rapprochements ingénieux ; on a dit qu'elles étaient deux formes de l'horreur du vide, l'une du vide physique, l'autre du vide moral ; mais cela n'aboutit qu'à séparer complètement ces deux phobies : dans la claustrophobie l'espace ne joue qu'un rôle secondaire : c'est l'idée d'être enfermé de ne pouvoir fuir si le besoin s'en présente, qui constitue quelquefois la claustrophobie ; le plus souvent c'est une forme de la peur de la solitude, de la monophobie, à laquelle il faut la rattacher ; pourtant dans quelques cas, il y a dans la claustrophobie une sorte d'agoraphobie renversée : le malade se sent écrasé, comprimé par les murs qui l'environnent.

L'état mental de l'agoraphobe peut facilement être ratta-

1. C'est aussi la peur des rivières. Dans celle-ci il y a la peur d'un gouffre. Dans la peur de la mer, il y a de plus la peur de l'étendue horizontale

ché à l'état normal : presque tout le monde éprouve en présence d'un abîme, une certaine angoisse et même un certain degré de vertige : la cremnophobie n'est que l'exagération d'une peur naturelle. Mais qu'est-ce que ce vertige dont nous venons de parler ? Il y a là une idée un peu obscure, qui mérite d'être étudiée. Selon nous il y a deux sortes de vertiges : le vertige physiologique et le vertige mental. Le premier se produit dans certains troubles physiologiques encore imparfaitement connus, dont les principaux portent sur les canaux semicirculaires, sur le cervelet, sur les muscles de l'œil, sur la circulation de l'encéphale, etc. Dans ces cas, il y a un trouble de l'équilibre, ou même une chute réelle, il y a souvent perte de connaissance plus ou moins complète ; les objets environnants semblent tourner, etc.

Le vertige mental, bien différent du précédent, est un processus psychique : en présence d'un abîme, l'idée d'une chute possible se présente tout naturellement à notre esprit : cette idée est très vive et, comme telle, elle éprouve dans notre esprit même un commencement de réalisation. Nous commençons à tomber, mentalement (1).

1. En présence des grands espaces contemplés d'une certaine hauteur, nous éprouvons donc un sentiment complexe composé d'une crainte et d'un vertige mental. Quand nous avons réussi à atténuer ce sentiment, il s'y ajoute un certain étonnement, et nous avons alors, par la combinaison de ces trois éléments, un état mental qui est une forme de ce qu'on appelle le sentiment du *Sublime*.

Telle est le vertige des agoraphobes : il n'y a pas la moindre perte de connaissance, il y a seulement l'idée de chute qui semble commencer à s'effectuer.

Il est donc peu rationnel d'expliquer l'agoraphobie par une maladie de l'oreille, comme le Dr Gélinau a essayé de le faire; il est évident *a priori* que cette explication est insoutenable: elle repose sur la confusion des deux espèces de vertige dont nous venons de parler.

On sait d'ailleurs combien un point d'appui solide nous donne de l'assurance en face d'un précipice : de même l'agoraphobe est d'ordinaire rassuré s'il peut s'appuyer sur le bras d'un ami, ou parfois sur un simple bâton : on a même vu le cas d'un officier agoraphobe en civil qui ne l'était plus en militaire : tant il est vrai qu'il s'agit d'un trouble purement psychique !

Il nous reste à dire un mot des degrés de l'agoraphobie. La cremnophobie, l'acrophobie sont des phobies du premier degré : la peur est exagérée, mais sa cause a quelque réalité ; d'autres fois grâce à une simple association d'idées, la vue d'un espace horizontal, suggère l'idée plus ou moins consciente d'un gouffre, et il se produit alors un vertige comme en présence d'un gouffre réel, c'est le cas de l'agoraphobie proprement dite, qui est donc une phobie du deuxième degré.

On peut ajouter aux phobies de la vue que nous avons énumérées la peur de l'obscurité, qu'on pourrait appeler scotophobie : elle repose sur l'idée d'un danger auquel nous expose l'obscurité, par suite de l'impossibilité de le voir. On peut donc la rattacher à l'exercice de la vue ; il en est de même pour la phobie des tunnels.

Il existe une phobie de la distance, de l'éloignement, qui est confondue d'ordinaire avec la peur des espaces, et qui mérite d'en être distinguée: nous l'appellerons a poïcophobie (de ποικεω s'éloigner).

Dans ce cas la peur n'est plus suggérée par un espace vide avec idée de chute possible, mais par la perception d'une distance accompagnée de l'idée d'un éloignement fâcheux, éloignement qui peut avoir des conséquences désagréables. Quoique l'idée de distance nous soit donnée primitivement par le toucher et le sens musculaire, nous pouvons néanmoins rattacher la phobie de la distance aux phobies visuelles: en fait, après une certaine éducation de nos sens, c'est la vue qui nous fait connaître les distances. Beard parle d'un médecin qui ne pouvait s'éloigner à plus d'un mille de sa maison. Voici une autre observation, très intéressante, du D^r Bérillon (1).

M. M..., négociant, âgé de 37 ans. Bons antécédents héréditaires et personnels. Devenu voyageur de commerce, il se trouva incommodé par une diarrhée chronique qui l'obligeait à aller à la selle de 10 à 15 fois par jour. Cette maladie le gênait beaucoup et lui faisait appréhender les voyages en chemin de fer. Quand il fut guéri, il remarqua qu'il avait conservé les inquiétudes que la maladie avait fait naître. Ainsi a l'idée de l'embarras dans lequel il se trouverait si un besoin intempestif le surprenait, soit en chemin de fer, soit à une certaine distance de chez lui, il éprouvait une sensation d'anxiété. Un jour, étant arrivé à une centaine de pas de sa demeure, cette sensation fut si forte, qu'il se trouva dans l'impossibilité de continuer sa route. Malgré ses

1. *Revue d'hygiène*, tome XV, n. 11.

efforts pour dominer cette émotion, il ne put y parvenir et dut revenir sur ses pas. Depuis lors, il n'a pas quitté le quartier qu'il habite : il vit dans un espace de deux cents mètres de rayon tout au plus.

On voit dans cette observation, sous quelle influence s'est formée l'apoïcophobie. On voit aussi combien cette phobie est différente de l'agoraphobie, à laquelle elle peut d'ailleurs être associée. Dans l'observation précédente, la phobie de la distance a débuté par la phobie des voyageurs en chemin de fer : cette dernière a un principe un peu différent, et dans le cas ci-dessus, elle paraît être une forme spéciale de claustrophobie ; ce que redoutait le voyageur, c'était d'être enfermé dans un wagon dont il ne pourrait sortir en cas de besoin. Fait à noter : chez le sujet observé par le Dr Bérillon, la claustrophobie (en wagon) augmentait par la présence d'autres voyageurs. on comprend bien pourquoi ; c'est pourtant le contraire de ce que l'on voit dans la claustrophobie ordinaire. Ces détails sont intéressants parce qu'ils montrent une fois de plus que les phobies sont des processus purement psychiques.

Citons encore la phobie de la vitesse, qui doit être rattachée à la vue ; elle est quelquefois un élément de la peur des voyages (1). La phobie du portique et la phobie de l'équitation sont des variétés de la peur des hauteurs. M. Bérillon (*loc. cit.*) a insisté sur leur importance chez

1. Elle est le principal élément de la forme ordinaire de la peur des voyages en chemin de fer (sidérodromophobie).

les jeunes soldats. Ce qu'on appelle photophobie est rarement une phobie ; il s'agit d'ordinaire d'un trouble physiologique.

4° *Sens musculaire. Mouvement.* — La basophobie de M. Debove (stasophobie de M. Bouveret) a ici sa place. Le malade ne peut se tenir debout ni marcher, non par suite d'une faiblesse réelle, mais par suite d'une véritable frayeur. C'est l'inverse de ce qui se passe dans l'astasia abasia : ici il n'y a pas de crainte mais une faiblesse matérielle. D'autre part la cause de cette frayeur n'est pas dans l'espace comme dans l'agoraphobie, mais dans l'idée du mouvement à effectuer, dans l'idée d'un effort musculaire. Enfin il ne faudrait pas confondre la basophobie avec l'aboulie motrice : il n'y a dans celle-ci aucune peur, aucune angoisse, mais seulement, l'impossibilité de se décider à exécuter un mouvement (1).

M. Gélinéau a publié d'après le Dr Le Grix une observation qui montre bien qu'il s'agit d'un trouble psychique. Un ecclésiastique, d'une haute valeur scientifique, ne pouvait marcher, disait-il, et se faisait conduire dans une voiture roulante. Un jour on le rencontre montant un escalier. Quoi ! lui dit-on, vous êtes donc guéri, vous marchez seul ? Au même instant il s'écroulait comme une masse dans l'escalier. Il avait sans doute quitté sa petite voiture sans penser qu'il ne pouvait pas marcher. Un mot l'avait fait rentrer dans son état maladif habituel.

1. On peut en voir un exemple très curieux dans le livre de M. Pierre Janet : *Etat mental des hystériques*, p. 130. Cette observation montre bien la différence qu'il y a entre les phobies et l'aboulie, et confirme ce que nous avons dit plus haut.

5° *Ouïe, goût, odorat.* — Il existe de véritables phobies pour certains bruits, pour certaines odeurs, pour certains aliments; telle est la phobie de certains bruits inutiles, par exemple le bruit des sifflets ; on raconte que Bayle avait des convulsions quand il entendait le bruit que fait l'eau en tombant d'un robinet ; que Wladislas, roi de Pologne, prenait la fuite quand il voyait des pommes, qu'Erasme avait la fièvre quand il voyait des lentilles, Scaliger en voyant du cresson, etc.

Avant de passer à la deuxième classe des peurs, remarquons qu'il existe des phobies complexes, dans lesquelles interviennent plusieurs sens : telle est par exemple l'astrophobie ou peur de la foudre, qui est à la fois la peur du tonnerre et des éclairs.

CHAPITRE II

Phobies des perceptions et images (objets).

Nous nous contenterons d'indiquer les principales ; telles sont d'abord les zoophobies. Henri III et Meyerbeer ne pouvaient supporter la vue d'un chat, le maréchal de Brezé s'évanouissait quand il voyait un lapin, le duc d'Epéronnon quand il voyait un ânon ; dans d'autres cas, il s'agit d'un coq, d'une souris, de certains insectes. Certaines recrues ont une peur insurmontable des chevaux. Mais la zoophobie la plus fréquente est certainement celle qui a pour objet les chiens ou cynophobie. Une cliente de M. Huchard ne manquait jamais de lui demander, quand elle venait le consulter : « Est-il rentré un chien ici avant moi, avec les personnes qui m'ont précédée » ? Dans la plupart des cas c'est la peur de la rage qui donne naissance à la cynophobie.

Nous citerons encore la peur des morts ou nécrophobie, bien différente de la peur de la mort, la peur des ivrognes, la peur de des voitures (amaxaophobie), la peur des allumettes, à laquelle on peut joindre la peur du feu

(pyrophobie) ; un de nos amis ne peut supporter la vue des têtes de poissons ; le Dr Fèrè parle d'une femme qui était spermatophobe ; elle ne pouvait se trouver à côté d'un homme dans une réunion quelconque sans craindre d'être contaminée par du sperme ; Salémy-Pace a donné le nom d'oïcophobie à une terreur insurmontable qu'éprouvent certains aliénés quand ils revoient leur maison, sans doute parce qu'ils se rappellent tous les ennuis qu'ils ont subis chez eux (1). Gelineau insiste longuement sur l'hématophobie ou peur du sang : nous connaissons quelqu'un qui ne peut regarder à table un bifteck saignant, à plus forte raison ne pourrait-il le manger.

Dans certains cas la phobie se produit en l'absence de tout objet, il y a alors une véritable hallucination, il y a donc phobie du deuxième degré. Un grand nombre des phobies précédentes peuvent en arriver là ; ces phobies hallucinatoires se rencontrent surtout chez les enfants : nous en avons un exemple remarquable dans ce qu'on appelle les « terreurs nocturnes » : la nuit se peuple de fantômes effrayants qui jettent le petit malade dans une angoisse extrême. Malheureusement beaucoup de parents abusent de l'émotivité extrême de leurs enfants, et créent chez eux de vraies phobies qui ont parfois une influence

1. L'oïcophobie est une variété des *topophobies*, qui ont leur place ici, et non à côté de l'agoraphobie ; il y a phobie pour un lieu particulier, déterminé par la présence d'un ou de plusieurs objets, et non pour un simple espace : exemple phobie d'une église. Dans ce cas, c'est toujours une association d'idées qui a fait naître de la phobie.

fâcheuse sur leur caractère. Telle est la phobie du loup, du croquemitaine, etc. (1)

Remarque. — Dans les phobies des objets, l'association d'idées ou de sensations qui a fait naître ces phobies est devenue plus ou moins *inconsciente* ; sinon il s'agirait d'une véritable phobie d'idées ou de sensations. On voit donc que cette classe intermédiaire, la classe relative aux objets et images, est étroitement liée aux deux autres. Quand l'idée ou la sensation qui nous a fait avoir peur d'un objet devient consciente dans notre esprit au moment où nous percevons l'objet, il y a alors réellement phobie d'idée ou de sensation.

1. N'y aurait-il pas ici même une place pour la phobie de l'enfer ? La plupart des religions se sont appliquées à développer chez leurs adeptes une terreur salutaire de supplices réservés aux coupables : cette crainte arrive quelquefois jusqu'à la phobie : les monastères en renferment de beaux exemples.

CHAPITRE III

Phobies des idées ou sentiments.

1° Phobies personnelles.

L'état de notre santé nous préoccupe à juste titre : mais cette préoccupation est la source de mille craintes injustifiables : ce sont les *pathophobies*, aussi nombreuses que les maladies elles-mêmes. Parmi elles, quelques-unes méritent de nous arrêter. Telle est la syphilophobie que nous avons déjà étudiée. A côté de la peur du mal, nous mettrons la peur du remède, c'est-à-dire la mercuriophobie. C'est une vraie pathophobie, car les mercuriophobes considèrent le mercure comme la cause de maladies graves ; en 1855, Hermann de Vienne, prêcha une véritable croisade contre le mercure.

Signalons aussi la phobie du gonocoque. Il est à remarquer que les maladies vénériennes sont une source de phobies particulièrement féconde. Cela tient : 1° à la gra-

vité réelle de ces maladies; 2^o à l'espèce de honte qui les accompagne; 3^o à l'état d'infériorité génitale qu'elles entraînent, au moins momentanément.

Dans le même ordre d'idées, nous trouvons encore la spermatorrhéophobie ou peur de la spermatorrhée.

Il est une peur qui tient une place très importante dans la pathophobie : c'est la peur de la rage ou lysso-phobie.

Les cas en sont très nombreux. Chomel cite un médecin qui crut être enragé, après avoir fait l'autopsie d'un homme mort de la rage, et qui présenta les principaux symptômes de cette maladie. Ses amis finirent par le convaincre de son erreur. M. le professeur Raymond a cité un vétérinaire qui après avoir été mordu par un chien enragé, fut pris de crises d'hydrophobie; on substitua au chien qui l'avait mordu un animal sain en tout point semblable, et les accidents disparurent. Ce fait, dit avec raison M. Bérillon, démontre assez clairement le rôle de l'auto-suggestion dans la production des phobies.

M. Nocard a observé le cas inverse d'un homme mordu par un chien qu'il croyait à tort enragé, et qui mourut 48 heures après dans un accès de délire furieux (Roger. *La Rage. In Traité de médecine*).

Voici une autre pathophobie toute moderne : la bacil-lophobie :

La plupart des journaux médicaux ont parlé dernièrement de la phobie dont est atteint le Dr D..., de Bucarest. Il faut, dit-il, se méfier de l'argent de nos malades atteints de maladies contagieuses et prendre les précautions suivantes : 1^o être muni d'un

porte-monnaie tout en métal ou en toile imperméable, susceptible d'être stérilisé; après avoir reçu l'argent, se désinfecter immédiatement les mains; 3° rentré chez soi, stériliser le porte-monnaie et les pièces métalliques par le flambage, et désinfecter le papier-monnaie par une solution phéniquée forte, pendant au moins une heure.

Le Dr Goyard a donné ses soins à un vétérinaire suisse qui n'ose pas aller en omnibus de peur de respirer un air contaminé; jamais il ne serre la main de quelqu'un, à moins que cette personne n'ait comme lui les mains gantées; tout ce qui sert à son usage est soigneusement lavé et saupoudré d'antiseptiques; il exige que ses aliments soient bien cuits et très chauds, de peur que le froid ne favorise l'introduction des bacilles. En dehors de sa phobie, l'état intellectuel de ce vétérinaire ne laissait rien à désirer (Gélineau).

Il y a des bacillophobies spéciales, les uns ont la phobie du choléra, les autres la phobie de la tuberculose, celle-ci fait de nombreuses victimes parmi les étudiants en médecine; nous connaissons un interne des hôpitaux, M. R..., qui a la phobie de l'ophtalmie purulente.

Parmi les autres pathophobies, nous citerons l'ataxophobie, peur de l'ataxie, qu'on rencontre chez certains neurasthéniques ou syphilitiques; la peur du cancer; la peur de l'angine de poitrine; la peur des maladies de cœur. Il y a aussi la toxophobie ou peur d'être empoisonné; l'aérophobie ou peur des courants d'air, est aussi une pathophobie; il en est de même de la dysmorphophobie ou peur d'être déformée, qui se complique ordinairement de la phobie sociale de la laideur.

On observe souvent la peur de la folie, ou manophobie ; elle est l'indice d'un état mental très affaibli ; le malade croit qu'il est fou ou sur le point de le devenir. Signalons enfin la peur de la mort ou thanatophobie, dont nous avons observé un cas à la clinique de M. Bérillon :

La malade ne peut s'éloigner de sa chambre sans avoir peur de mourir ; elle a peur de s'évanouir dans la rue ; si une personne sympathique l'accompagne, elle a moins peur ; si son cœur bat un peu fort, elle craint d'étouffer ; si son bras lui fait mal, elle craint d'être paralysée. Enfin elle a peur de devenir folle.

Les pathophobies sont les plus importantes parmi les phobies personnelles : nous nous contenterons d'indiquer rapidement les autres. Il existe des phobies relatives à l'exercice de certaines de nos facultés : pour la mémoire c'est la phobie de l'oubli ; pour le jugement, c'est la peur de l'erreur. Nous trouvons ces phobies chez des personnes très méticuleuses ; elles ont toujours peur de se tromper, d'oublier ou de perdre quelque chose ; elles relisent vingt fois l'adresse d'une lettre avant de la jeter à la poste.

Le D^r Bérillon raconte qu'un médecin des hôpitaux de Paris était plein d'anxiété quand un de ses malades quittait son cabinet avec une ordonnance signée de lui. Il se demandait avec angoisse ce qui adviendrait s'il s'était trompé, et s'il avait prescrit des centigrammes au lieu de milligrammes, et il ne retrouvait le calme de son esprit que lorsque son domestique, parti à la recherche du client, lui rapportait son ordonnance, et qu'il pouvait s'assurer qu'elle était conforme aux indications du formulaire.

Un pharmacien du département de l'Aisne fut un moment inquiet pour avoir livré une préparation dont l'emploi avait amené la mort de son client ; depuis lors son existence devint un véritable supplice, il vivait dans la préoccupation constante de commettre une erreur. Il a dû vendre sa pharmacie.

Les phobies précédentes sont souvent liées à l'exercice d'une profession libérale ; on les rencontre, d'une façon générale, dans les professions qui nécessitent une grande somme d'attention. Il faut citer dans le même ordre d'idées la phobie des étudiants, ou phobie des examens, la phobie des professeurs, des orateurs et des comédiens, qui oblige certains d'entre eux à abandonner leur profession (1). Ces dernières phobies sont caractérisées par la crainte de manquer de mémoire en présence du public ; cette crainte produit parfois une angoisse extrême qui paralyse les facultés des mieux doués.

Les phobies précédentes sont une forme atténuée de la folie du doute ; l'état mental des phobiques se rapproche encore plus de cette espèce de folie dans la phobophobie et la pantophobie : ici le malade a peur d'avoir peur, il finit même par avoir peur de tout.

La misophobie ou peur de la saleté représente un certain degré de délire du toucher, de même que la phobie des contacts que nous avons étudiée plus haut.

Le misophobe (Levillain) se lave constamment les mains, se relève la nuit pour broser ses habits, ne peut boire dans un verre sans le nettoyer, ni s'asseoir dans une chaise sans l'avoir

1. V. Mosso. *La fatigue intellectuelle et physique.*

essuyée. Le Dr Gélinau nous dit qu'il a eu un domestique misophobe : son bonheur était de nettoyer les cuivres, les lustres, etc. ; il passait même une partie de ses nuits à cette occupation. Il serait à souhaiter qu'il y eût beaucoup de domestiques atteints de misophobie : malheureusement cette maladie ne se déclare chez eux que très rarement ; de plus elle n'est d'ordinaire pas généralisée, elle est limitée à certains objets.

Citons encore la néophobie ou peur de tout ce qui est nouveau, qui produit la routine, et la classe intéressante de peurs superstitieuses : on sait que certaines personnes ne pourraient manger à une table où il y aurait treize convives, ni voyager un vendredi, surtout si c'est un treize, etc., il y a aussi une phobie du langage, c'est la peur de ne pas pouvoir prononcer certains mots, qui produit un véritable bégaiement.

Citons enfin certaines phobies qui ne sont que la perversion de certaines idées naturelles, telle que l'idée de décence : on a vu des personnes qui ne pouvaient se résoudre à satisfaire certains besoins naturels, tels que la défécation. On nous a parlé aussi d'un jeune homme qui ne peut uriner dans les petits édifices *ad hoc*, s'il se trouve quelqu'un dans un compartiment voisin. Nous connaissons une jeune fille qui pour rien au monde ne sortirait de son lit sans avoir passé d'abord son jupon, et qui pourtant ne rougit pas de se découvrir entièrement dans son lit.

2° *Phobies sociales.*

Nous plaçons ici les phobies qui concernent les rapports sociaux proprement dits. Telle est la monophobie, ou

peur de la solitude. Beard raconte qu'un gentleman ne pouvait se passer d'un compagnon, et qu'il payait quelqu'un 20.000 dollars pour rester sans cesse à ses côtés. Nous avons vu que la claustrophobie n'était le plus souvent qu'une forme de la monophobie : dans la plupart des observations la claustrophobie disparaît si le malade n'est pas enfermé seul.

Nous avons découpé dans le Journal du 29 juin dernier, l'annonce suivante, que nous reproduisons sans commentaires :

« Jeune veuf, claustrophobe, 350.000 francs, avenir meilleur prochain, dégoûté de son genre de vie, épouserait jeune veuve ou demoiselle sérieuse. Demande surtout affection, tendresse vraiment sincère. Souffrances identiques se consolant en se détruisant ».

L'anthrophobie est le contraire de la monophobie. Ce mot désigne deux choses différentes : la peur des foules, ou au contraire la peur de telle ou telle personne, ou même l'impossibilité de se trouver en présence de n'importe qui sans ressentir un pénible sentiment de malaise et d'anxiété » (Mathieu).

Il faut faire rentrer dans l'anthrophobie la timidité extrême de certains jeunes gens qu'on ne peut regarder en face sans les faire rougir ; il y a même une peur spéciale de rougir, que nous appellerons érythrophobie (*ερυθρος*, rouge). Dans la misanthropie il y a un anthropophobie plus ou moins prononcée. Le délire des persécutés est une anthropophobie au troisième degré.

Cette phobie se spécialise quelquefois d'une façon toute particulière ; on a alors la phobie de certaines races : telle est la phobie des Juifs ou antisémitisme, la phobie de certains peuples (anglophobie, prussophobie, etc.), la phobie de certaines classes de la société, par exemple la phobie des jésuites. Les Romains eurent la phobie des chrétiens ; remarquons qu'il s'agit ici plutôt d'aversions que de peurs ordinaires ; d'ailleurs les aversions constituent des phobies au même titre que les peurs. Ces phobies sont très curieuses à observer parce qu'elles se présentent d'ordinaire sous la forme d'épidémies ; elles nous montrent l'influence de la contagion, sur les peurs : elles atteignent aussi quelquefois un degré d'intensité extrême. On connaît notamment les excès auxquels on s'est livré contre les chrétiens, contre les Juifs, contre les hérétiques. Ces phobies arrivent parfois jusqu'au troisième degré, et constituent alors de véritables délires.

La gynéphobie ou peur de la femme se complique souvent d'instincts contre nature : cette phobie est un signe de dégénérescence prononcée ; nous en parlons ici parce que c'est un processus d'idées qui domine d'ordinaire en elle, mais elle a aussi sa place à côté des phobies sensorielles ; car généralement le sens génital est ici perverti ; elle participe donc de la gravité propre aux phobies qui sont constituées par un trouble d'une fonction élémentaire, primitive. Ajoutons que dans certains cas la gynéphobie n'est qu'une sorte de timidité, et qu'alors elle accompagne souvent un amour excessif de la femme. L'androphobie (phobie de l'homme) a la même signification que la gynéphobie.

Les rapports sexuels donnent naissance à la phobie de l'impuissance génitale, qui produit souvent une impuis-

sance réelle. L'amour est la source de nombreuses phobies : la jalousie exagérée en est un exemple très commun ; l'amour des parents pour leurs enfants produit aussi des peurs maladives : il y a des parents qui ne peuvent permettre à leurs enfants de s'éloigner d'eux, de crainte d'accident.

Les phobies que nous venons d'étudier ont pour objet les rapports généraux des hommes entre eux, ainsi que les rapports des sexes, des différentes classes, des races et des peuples (1). Les suivantes se rapportent à certaines idées générales, telle que la justice, l'honneur, la propriété, et sur lesquelles repose la société. Ce sont : la cleptophobie ou peur de voler ; la phobie des voleurs, bien différente de la peur de voler, et moins grave qu'elle, évidemment ; la peur du déshonneur, telle qu'on la rencontre par exemple chez certaines jeunes filles qui redoutent sans raison une grossesse, et qui font naître parfois la plupart des symptômes de la grossesse. Ce qu'on appelle le point d'honneur n'est autre chose dans certains cas qu'une phobie ; elle a eu son maximum d'intensité au XVIII^e siècle.

Quelques-uns redoutent d'être déshonorés parce que disent-ils, on leur attribue tel ou tel vice : on nous a cité le cas d'un homme hanté par l'idée qu'on le prenait pour un pédéraste : quand on le regarde, il s' imagine qu'on découvre en lui des signes d'une perversion sexuelle. Assurément si cet homme n'a pas le vice qu'il redoute de se voir attribuer, il n'est peut-être pas loin de

1. Certains animaux sont admis dans notre société : les antivivictionnistes sont des phobiques qui ont ici leur place.

l'avoir. M. Féré cite une observation du même genre, dans laquelle il s'agit d'une femme.

Les uns ont une peur extrême de faire du mal aux autres, de leur nuire, de commettre une injustice dans leurs actions les plus banales; d'autres ont plus spécialement peur de la justice; c'est-à-dire des tribunaux. Leur état d'esprit est l'inverse de celui des maniaques qui courent de procès en procès; M. Féré cite le cas intéressant d'un homme qui a peur de se compromettre toutes les fois qu'il est obligé d'écrire. Il y a, dit-on, des criminels que la peur d'être découverts a mis dans un état d'angoisse telle qu'ils ont dû pour échapper à leur tourment aller se livrer à la justice. Ces criminels sont pour nous des phobiques avérés; d'ailleurs le seul fait d'être criminel nous paraît être dans la plupart des cas un signe de dégénérescence; il y a donc chez eux une évidente prédisposition aux phobies.

3° *Phobies impersonnelles.*

On les rencontre surtout chez les non équilibrés.

Nous nous contenterons de les indiquer. Elle sont relatives aux grandes idées directrices de l'esprit humain, les vrai, le beau, Dieu, etc. Il y a peu de théories scientifiques qui n'aient leurs adversaires : et ceux-ci dans leur acharnement arrivent parfois jusqu'à la phobie. Un seul exemple suffira : quoi de plus vrai que la méthode antiseptique ? elle a pourtant ses détracteurs, et nous en connaissons un qui sur ce point est un véritable phobique :

Que de phobies chez les poètes, chez les musiciens, chez les peintres ! Les uns ont la phobie de tout ce qui n'est pas wagnérien, d'autres sont au contraire wagnérophobes. Les poètes décadents, instrumentistes, parnassiens, etc., ne cessent de s'invectiver les uns les autres et se s'écraser mutuellement sous le poids de leur mépris réciproque. On connaît la grande querelle des classiques et des romantiques et les tempêtes qu'elle a soulevées. Que de phobies dans de grandes soirées théâtrales qui ont vu la chute d'œuvres souvent remarquables ! Le plus curieux c'est que les ouvrages qui ont fait naître le plus de phobies, excitent quelquefois peu d'années après de véritables manies en sens contraire : nous n'en voulons qu'un exemple, bien récent, celui du Tannhauser, à l'Opéra de Paris.

Nous ne saurions mieux terminer cette étude qu'en indiquant la phobie inspirée par l'idée la plus élevée de toutes, l'idée de Dieu : c'est la théophobie. Cette crainte de Dieu est l'origine de la peur du péché, de la peur de la damnation, etc. Toutes ces peurs, chez un esprit porté au mysticisme, deviennent assez facilement maladives.

CONCLUSIONS

En résumé : 1° nous avons vu que pour comprendre la nature des peurs morbides ou phobies, pour en donner une idée générale et rendre possible une vue d'ensemble, il fallait partir d'une analyse de la peur normale et montrer comment, par une série de degrés insensibles, cette peur devenait de plus en plus pathologique et aboutissait finalement à un état caractéristique de l'aliénation mentale ;

2° Nous avons vu que les phobies étaient sous la dépendance d'un trouble psychique dont nous avons étudié la nature ; nous avons vu qu'il ne s'agissait pas d'une maladie de la volonté, d'une aboulie, mais d'une augmentation dans l'excitation et d'une diminution de la faculté de contrôle et de coordination ;

3° Au point de vue étiologique, nous avons conclu qu'on pouvait rattacher toutes les phobies, soit à la dégénérescence proprement dite, soit à un défaut d'équilibre entre les facultés ;

4° Nous avons vu qu'il était très important d'interpréter

ter les phobies, c'est-à-dire de les rattacher à leur cause, et que c'était là le principal élément de leur pronostic ;

5° Nous avons enfin essayé d'en donner une classification, et nous avons choisi quelques exemples parmi les plus intéressantes.

Vu : le Président de thèse,

JOFFROY.

Vu : le Doyen,

BL. OUARDEL.

Vu et permis d'imprimer : ...

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GREARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- WESTPHAL. — Arch. für Psychiatrie, 1872.
- CORDEŠ. — Arch. für Psychiatrie, 1872.
- MOREL. — Du délire émotif., Arc. gén. de méd., 1866.
- LEGRAND DU SAULLE. — La folie du doute avec délire du toucher. Paris, 1875.
- Etude clinique sur la peur des espaces, Paris, 1878.
- Gazette des hôpitaux, 1877, N° 123.
- A. RITTI. — Art. Névroses du nouveau dict. encyclop. de sc. méd.
- CH. FÉRE. — La pathologie des émotions, Paris, 1892, chap. 14. Alcan.
- RÉGIS. — Manuel pratique de médecine mentale, 2^e édit., Doin.
- LEGRAIN. — Du délire chez les dégénérés. Thèse de Paris, 1886.
- G. BALLE. — Les psychoses in traité de médecine.
- DOYEN. — Quelques considérations sur les terreurs morbides et le délire émotif. Thèse de Paris, 1885.
- J. FALRET. — De la folie raisonnante. Soc. médico-psychol., 1866.
- JOFFROY et BALLE. — Rapports de l'hystérie et de la folie, Congrès de Clermont-Ferrand, août 1894.

- SOTTAS. — A propos d'un cas d'agoraphie. *Médecine moderne*, 5 juin 1895.
- PERROUD. — *Lyon médical*, 1875.
- BEARD. — A practical treatise on nervous exhaustion, New-York, 1880.
- LEVILLAIN. — La neurasthénie, 1891.
- BOUVERET. — La neurasthénie, 2^e édit., 1891.
- MATHIEU. — Neurasthénie, 1892.
- DEBOVE. — *Soc. médic. des hôpit.*, 17 nov. 1893.
- GRASSET. — *Traité pratique des maladies nerveuses*, 3^e édit.
- GÉLINEAU. — De la kénophobie. Paris, 1879.
- Des peurs maladives ou phobies. Paris, 1894.
- AXENFFLD et HUCHARD. — *Traité des névroses*. Paris, 1883.
- COLIN. — Thèse de Paris. 1890. Etat mental des hystériques.
- BOURDIN. — Thèse de Paris, 1878.
- ROUBINOVICHT. — Thèse de Paris, 1891.
- BORDARIE. — Thèse de Bordeaux, 1890.
- BÉRILLON. — *Revue de l'hypnotisme*, août 1894.
- MOSSO. — La peur.
- La fatigue intellectuelle et physique, Paris, 1894.
- MAGNAN. — *Annales médico-psychol.*, 1886.
- *Leçons cliniques*, 1893.
- PITRES. — *Progrès médical*, 1890, tome 12.

